

治療審査委員会申請書類

患者ID : _____

患者氏名				生年月日			年齢			性別			
診療科			区分	☐	階病棟	☐	外来	申請医師名					
診断名								Stage			Performance Status		
告知内容													
治療方法	プロトコール名	デュルバルマブ（イミフィンジ）療法								告知Grade			
投与計画	身長		cm		体重		kg		体表面積		m ²		
	血清クレアチニン				ml/dl				推算Ccr		性別無し ml/min		
												※女性は0.85を掛けています	
	適応； 限局型小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法												
	デュルバルマブ（イミフィンジ点滴静注） 1500 mg/回（固定量） （体重30kg以下は20mg/kg⇒ _____ mg/回） インターバル 4週 投与期間は24カ月間までとする												
Day1 フィルター付き（メイン）輸液セット ① 生食100ml 本体ルート（終了時に残廃棄） ② イミフィンジ _____ mg + 生食100ml 100ml/hr（60分以上かけて） 側管													
投与開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日													
併用薬の確認													
B型肝炎check	HBs抗原（ ）⇒ HBc抗体（ ），HBs抗体（ ）⇒ HBV核酸定量 0.9LIU/ml（ ）												
重大な副作用	ADRIATIC試験で認められた主な有害事象 放射線肺臓炎22.9%、食欲減退16.8%、甲状腺機能低下症16%、咳嗽15.3%、掻痒症13%、悪心12.6% 浮動性めまい12.2%、疲労12.2%、下痢11.1%、肺炎11.1%、肺臓炎10.7%、発疹10.7% 便秘10.3%、甲状腺機能亢進症10.3%												
備考	・インラインフィルター（0.2又は0.22μm）を使用すること												
採否	☐ 承認 ☐ 再検討 ☐ 不許可												

担当委員署名 _____

許可決定日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 有効期限 _____ 年 _____ 月 _____ 日